



Solicitud para Recibir un Reporte de las Divulgaciones sobre la Información de la Salud

Por favor complete y regrese este formulario a una oficina del Departamento de Salud y Bienestar.

We provide interpreter services at no cost. Call 2-1-1 or 1-800-926-2588 for interpretation assistance.
Proveemos servicios de intérprete sin costo alguno. Llame al 2-1-1 ó al 1-800-926-2588 para obtener la ayuda de un intérprete.

Nombre del Cliente _____ Fecha de Nacimiento del Cliente _____
(Primer Nombre, Segundo, Apellido)

Dirección del Hogar del Cliente _____

Dirección para el Correo del Cliente (si es diferente) _____

Teléfono del Cliente _____

Nombre del Solicitador (si no es el cliente) _____

Teléfono del Solicitador _____ Número de Fax del Solicitador (opcional) _____

Por favor anote a dónde le gustaría que enviemos nuestra respuesta a su pedido.

Nombre _____

Dirección _____

¿Qué período de tiempo desea que cubra el Reporte de Divulgaciones? _____

(No puede ser por más de 6 años de la fecha de la solicitud
y no será para divulgaciones que ocurrieron antes del 14 de abril, 2003).

El primer Reporte de las Divulgaciones sobre la Información de la Salud que se le provee en el espacio de un año (de enero a diciembre) es sin costo alguno. El Departamento de Salud y Bienestar de Idaho puede imponer un cobro razonable, basado en el costo, por cada solicitud subsiguiente de un reporte para usted dentro de ese mismo año. El Departamento le notificará por adelantado sobre el cobro y le dará la oportunidad de retirar o de modificar su solicitud, para recibir un reporte subsiguiente, para evitar o reducir el cobro.

El Departamento le avisará por escrito si no puede responder a su solicitud dentro de 10 días.

Si esta solicitud está siendo hecha por otra persona y no por el sujeto de la información, por favor describa y provea documentación de su autoridad para solicitar un reporte de las divulgaciones sobre la información de la salud para esa persona _____

Su firma _____ Fecha de la solicitud _____

Su firma debe ser notariada si somete esta solicitud por correo o por fax.

Yo, _____, siendo un Notario Público, por la presente certifico que en este día _____ de _____, de 20_____, la persona de arriba, siendo primero debidamente jurada, apareció ante mí y firmó el previo documento.

Firma del Notario Público

Notario Público residiendo en _____
Mi comisión expira _____

For DHW Office use only

ID Provided _____

Form Complete _____

Authority:

Accessing own records _____

Documentation Attached _____

Not Required _____